



آموزش پرستاری

دوره دوم شماره ۴ (پیاپی ۶) زمستان ۱۳۹۲ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۳۳۲۲-۳۸۱۲

- مقایسه تأثیر دو روش پیام کوتاه (تعاملی و غیرتعاملی) بر تبعیت از رژیم درمانی ضد انعقاد در بیماران با دریچه

مصنوعی قلب ۱

نادیا سدری - احمدعلی اسدی نوقابی - میترا ذوالفقاری - حمید حقانی - اصغر توان

- بررسی تأثیر آموزش رژیم غذایی بر شاخص‌های آزمایشگاهی بیماران تحت درمان با همودیالیز ۱۲

حسین ابراهیمی - مهدی صادقی

- بررسی تأثیر آموزش تغذیه بر میزان تبعیت از رژیم غذایی در بیماران مزمن کلیه غیردیالیزی ۲۳

مهسا پورشعبان - زهره پارسا یکتا - محمد غلام‌نژاد - حمید پیروی

- نیازهای اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی طی فرآیند جستجوی اطلاعات سلامت: یک مطالعه کیفی ۳۳

محمد غلامی - مسعود فلاحی خشک‌تاب - سادات سید باقر مداح - فضل‌اله احمدی - حمیدرضا خانکه - نسیم نادری

- بررسی وضعیت اعتیاد به اینترنت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر

تهران در سال ۱۳۹۲ ۵۰

تیام کیانی - مسعود فلاحی خشک‌تاب - اصغر دالوندی - محمدعلی حسینی - کیان نوری

- بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه خودپنداری حرفه‌ای پرستاران (NSCQ) ۶۳

زهره بادیه پیمای جهرمی - ساره کشاورزی - ایران جهان‌بین

- بررسی مشکلات آموزش بالینی در بخش اطفال از دیدگاه دانشجویان و دانش‌آموختگان پرستاری دانشگاه علوم

پزشکی بوشهر ۷۲

فائزه جهان‌پور - احمدرضا زارعی - مریم روانی‌پور - نجمه رزازان - سمیه حسینی

- یادگیری خودراهبر در سال‌های مختلف تحصیلی و ارتباط آن با اضطراب و عزت نفس در دانشجویان پرستاری ۸۰

احمد ایزدی - معصومه برخوردار - زهرا شجاعی - مهدیه ظاهری

به نام خداوند جان و خرد
مجله آموزش پرستاری
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره دوم - شماره ۴ (پیاپی ۶) - زمستان ۱۳۹۲

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول و سردبیر: دکتر فاطمه الحانی
- مدیر اجرایی: دکتر آذر طل
- شماره پروانه انتشار وزارت ارشاد اسلامی: ۹۴/۴۸۲۳ مورخ ۹۱/۲/۲۰
- شماره استاندارد بین‌المللی: ۲۳۲۲-۳۸۱۲
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۲۳۲۲-۴۴۲۸

• **شورای نویسندگان** (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر محمد اسماعیل پور بندینی، استادیار دانشکده پرستاری و پیراپزشکی گیلان
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر منیر انوشه، دانشیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر محمدعلی چراغی، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی، استاد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر محمدرضا حیدری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد
- دکتر ناهید دهقان نیری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر ناهید رژه، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نغمه سیدفاطمی، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر آذر طل، دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله
- دکتر عباس عباس‌زاده، استاد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد غیاثوندیان، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی فخرمودی، استادیار دانشکده پرستاری و پیراپزشکی سمنان
- دکتر مسعود فلاخی خشک‌ناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد، استاد گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر حسن ناوی‌پور، استادیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجتبی ویس‌مرادی، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

• **ویراستار انگلیسی: دکتر مجتبی ویس‌مرادی - علیرضا قریب**

• **ویراستار فارسی: دکتر فاطمه الحانی**

• **حروفچینی و صفحه‌آرایی: فرشته حیدری**

• **طراح جلد: اصغر سورانی**

• **ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران**

• **نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران**

• **کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵**

• **e-mail: info@jne.ir , Website: http://jne.ir**

نیازهای اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی طی فرآیند جستجوی اطلاعات سلامت: یک مطالعه کیفی

محمد غلامی^۱، مسعود فلاحي خشکناپ^۲، سادات سيد باقر مداح^۳، فضل اله احمدي^۴، حميدرضا خانکه^۵، نسيم نادري^۶

چکیده

مقدمه: جستجوی اطلاعات سلامت نقش مهمی در فرآیند مدیریت بیماری قلبی عروقی ایفا می کند. هدف از این مطالعه کشف نیازهای اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی در زمان جستجوی اطلاعات سلامت بر اساس تجارب بیماران، مراقبان خانوادگی و کارکنان سلامت می باشد.

روش: این مطالعه با رویکرد تحقیق کیفی و با روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. ۳۱ مشارکت کننده شامل ۱۶ بیمار قلبی عروقی، ۵ مراقب خانوادگی و ۱۰ مراقب سلامت بودند. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختارمند و با نمونه گیری هدفمند جمع آوری و تا اشباع داده ها ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده ها به طور مستمر و همزمان با جمع آوری داده ها و به صورت مقایسه ای انجام گردید.

یافته ها: در طی فرایند تحلیل داده ها، چهار درون مایه محوری شامل نیازهای اطلاعاتی "مرتبط-بیماری"، "مرتبط-مراقبت سلامت"، "مرتبط-نظام سلامت" و "مرتبط-زندگی روزمره" که بیانگر تجربه و درک مشارکت کنندگان از نیازهای بیماران قلبی عروقی در حین جستجوی اطلاعات سلامت است، پدیدار شد.

نتیجه گیری: طبق نتایج، جستجوی اطلاعات سلامت برای بیماران قلبی عروقی، با یک نگاه جامع و ماوراء مسائل سلامت جسمی و بیماری درک شده است. از یافته های مهم این مطالعه جستجوی اطلاعات در زمینه پیش آگهی، ایفای نقش، سلامت جنسی و روانی، عملکرد نظام سلامت، همچنین جستجوی طب نوین، اسلامی و طب سنتی بود، بنابراین لزوم فراهم کردن اطلاعات مربوط به موارد مذکور از طریق شیوه های متعدد اطلاع رسانی، برای پاسخگویی به نیاز بیماران و مشارکت آنها در تصمیم گیری درمانی و مدیریت بهینه زندگی، ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: جستجوی اطلاعات سلامت، نیازهای اطلاعاتی، بیماری قلبی عروقی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۲۲

۱ - دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران
۲ - دانشیار، دکتری تخصصی روان پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران، (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: fallahi@uswr.ac.ir

۳ - استادیار، دکتری تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

۴ - استاد، دکتری تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

۵ - دانشیار، دکتری تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

۶ - استادیار، متخصص قلب و عروق، فلوشیپ نارسایی و پیوند قلب، مرکز پژوهشی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

امروزه در رویکرد اطلاعات بیمارمحور، به نقش فعال بیماران قلبی عروقی برای جستجوی اطلاعات مورد نیاز خود تأکید شده است (۱)؛ چرا که بیماران قلبی عروقی نیاز به مراقبت طولانی مدت در موقعیت‌های مختلف زندگی روزمره شامل خانه، محل کار و جامعه دارند و این توانایی خودمراقبتی، نیاز به کسب اطلاعات مرتبط با سلامت دارد (۲). شواهد نشان می‌دهد، کسب اطلاعات در بیماران قلبی عروقی، می‌تواند نقش مهمی در بهبود پیامدهای سلامت نظیر کاهش تنش، افزایش رضایت، افزایش درک از کنترل، تبعیت از رژیم درمانی (۳) و بهبود ارتباطات بیمار- مراقبان سلامت داشته باشد (۴). به عنوان مثال، در مطالعه Jeon و همکاران، جستجوی اطلاعات سلامت، عاملی کلیدی در مدیریت موفق نارسایی قلبی مطرح شده است (۵). همچنین مطرح شده است که مشارکت بیمار برای جستجوی اطلاعات سلامت، می‌تواند به تعدیل راهبردهای سازگاری و کشف معنای واقعی بیماری و درمان، کمک کند (۱). بدین ترتیب توجه به موضوعاتی مثل دستیابی و دسترسی به اطلاعات، تمرکز روی خودمدیریتی و خودمراقبتی و تمرکز مجدد روی پیشگیری از بیماری‌ها، باعث شده است که توجه به حوزه جستجوی اطلاعات سلامت برای رفع نیازهای اطلاعاتی، بیشتر شود (۶). Wilson معتقد است، زمانی که فرد نیاز به اطلاعات را تعیین کرد، جستجوی اطلاعات شروع می‌شود (۷). این نیازها که پایه جستجوی اطلاعات است، می‌تواند رفتاری راهبردی، برای رسیدن به اهدافی نظیر مشارکت در تصمیم‌گیری، تقویت خودکارآمدی و کسب مجدد حس کنترل باشد (۸). با وجود نیاز به کسب اطلاعات در بیماران قلبی عروقی، شواهد نشان‌دهنده این است که نقصی سیستماتیک در رفع نیازهای اطلاعاتی این بیماران، در زمان بستری و بعد از ترخیص وجود دارد؛ به طوری که در مطالعه کیفی Hanssen و همکاران، بیشتر بیماران سکنه قلبی، کمبود اطلاعات در زمینه تطابق با پیامدهای جسمی روانی بیماری، فعالیت فیزیکی، تغییرات سبک زندگی پیشگیرانه و کارکردن در آینده را مطرح کرده بودند و این مشکلات،

با احساس عقب‌نشینی جسمی روانی توصیف شده بود (۴). همچنین شواهد نشان می‌دهد که مراقبان خانوادگی نیز اطلاعات لازم را درباره مراقبت‌های قلبی دریافت نمی‌کنند. این درحالی است که آنها از نقش مراقبتی آینده خود در مراحل اولیه بعد از درمان، باید اطلاع پیدا کنند تا بتوانند با کسب انگیزه لازم، به بهبود کیفیت زندگی و توانبخشی بیماران خود کمک کنند (۹). نتایج مطالعه‌ای نشان داده است که عدم کسب دانش، تأثیر منفی روی جستجوی مراقبت پیگیر و کیفیت زندگی بیماران قلبی دارد (۱۰). نارسایی در کسب اطلاعات توسط بیماران قلبی و خانواده‌ها، می‌تواند به این دلیل باشد که کارکنان سلامت، به ترجیحات بیماران برای جستجوی اطلاعات مورد نیاز خود توجه نمی‌کنند (۱۱). بنابراین در راستای رویکرد مراقبت بیمارمحور، شناسایی نیازهای واقعی اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی (۳) در طی فرآیند فعالانه جستجوی اطلاعات و پی‌بردن به نگرانی‌های این بیماران، ضرورت دارد (۱). البته برخی مطالعات، یافته‌های بالارزشی در زمینه مشخص کردن نیازهای اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی گزارش کرده‌اند؛ به عنوان مثال در مطالعات کیفی، نیاز به اطلاعات تخصصی درباره خطر بازگشت، سطح آسیب عضله قلبی، داروهای مصرفی در زمان ترخیص، سطح مناسب فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی (۳)، علایم، پیشرفت بیماری، مراقبت آینده (۱۰) و یادگیری مهارت‌های تکنیکی و موقعیتی (۱۱) تعیین شده است. در مطالعه Neubeck نیز مشخص شد که بیماران قلبی عروقی در حین جستجوی اینترنتی، خواستار اطلاعات مرتبط با مدیریت بیماری هستند (۱۲). همچنین در برخی مطالعات توصیفی- مقطعی انجام شده در داخل کشور، مطرح شده است که نیاز به اطلاعات دارویی (۱۳) و خودمراقبتی (۱۴)، بیشترین اولویت را در یادگیری بیماران قلبی عروقی دارند. اگرچه عمده این مطالعات بر محتوی و کیفیت اطلاعات تمرکز کرده‌اند، اما هرکدام از این مطالعات، تنها در گروه خاصی از بیماران قلبی نظیر مبتلایان به سکته و نارسایی قلبی انجام شده و نتایج متفاوتی را بر اساس بستر مطالعه خود (عمدتاً کشورهای غربی) گزارش کرده‌اند. همچنین نگاه جامعی برای

شناسایی ترجیحات و نیازهای اطلاعاتی درک شده توسط بیماران و خانواده‌ها، درحین جستجوی فعالانه اطلاعات از منابع متعدد اطلاعاتی، وجود ندارد (۳ و ۱). محتوی اطلاعات سلامت جستجو شده در بستر مواجهات طبی، می‌تواند بینشی درباره معنای رفتار جستجوی اطلاعات فراهم کند (۸). از سویی، تفاسیر افراد از نیازهای اطلاعاتی، در بستر و شیوه‌ای وابسته به تاریخچه، شکل داده می‌شود؛ به عبارت دیگر، آگاهی هوشیارانه از نیاز به اطلاعات سلامت، از تعامل بین وضعیت سلامت و بستر اجتماعی ناشی می‌شود (۱۵). درکل، مرور متون نشان می‌دهد که تا به حال مطالعه‌ای خاص در زمینه رفتار جستجوی اطلاعات سلامت در بیماران قلبی عروقی انجام نشده است (۱۶ و ۱۱). از سوی دیگر، متون موجود، فاقد مشاهدات و مداخلات طبیعت‌گرا (۱۷) و داستان‌های بیماران است؛ درحالی که این حکایت‌ها، بستری را برای درک رفتار جستجوی اطلاعات و نیازهای واقعی بیماران در حوزه‌هایی که دانش کمی درباره آن وجود دارد، فراهم می‌کنند (۱۸). بنابراین درک عمیق‌تر رفتار، وابسته به موقعیت جستجوی اطلاعات سلامت (۱۷) و نیازهای اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی با مطالعات کیفی (۱۳ و ۳) و براساس فرهنگ ایرانی پیشنهاد شده است (۱۳). از طرفی با توجه به لزوم جستجوی اطلاعات سلامت به‌عنوان فاکتوری کلیدی در تسهیل سازگاری و خودمدیریتی بیماران قلبی عروقی، محققان بر آن شدند تا با انجام دادن مطالعه‌ای، نیازهای اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی را درحین جستجوی اطلاعات سلامت از منابع متعدد، از دیدگاه بیماران قلبی عروقی، مراقبان خانوادگی و مراقبان سلامت آنها در ایران تبیین کنند و به این وسیله، تصویر روشن‌تری از ترجیحات بیماران قلبی عروقی و مراقبان خانوادگی آنها برای برنامه‌ریزی به‌منظور مراقبت بیمارمحور، فراروی سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور قرار داده شود.

روش مطالعه

برای دستیابی به هدف مطالعه، از روش تحلیل محتوای کیفی متعارف (Conventional) استفاده شد.

تحلیل محتوای کیفی به‌عنوان روش تحقیق، به‌منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی است که از طریق فرآیند طبقه‌بندی منظم، درون‌مایه‌ها یا الگوهای آشکار و پنهان در متن، شناسایی می‌شود (۱۹ و ۲۰). این روش بر تجربه زندگی و تفاسیر و معانی‌ای که افراد با آن مواجه بودند، تمرکز می‌کند (۲۱). در این مطالعه، با ۳۱ مشارکت‌کننده شامل شانزده بیمار، پنج نفر از اعضای خانواده و ده نفر از مراقبان حرفه‌ای از دیسپلین‌های مختلف سلامت، طی دوازده ماه (اردیبهشت ۱۳۹۱ تا خرداد ۱۳۹۲) به‌منظور جمع‌آوری یا تولید داده‌های غنی مصاحبه شد. قبل از جمع‌آوری اطلاعات، کمیته اخلاق و تحقیقات دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، این مطالعه را تأیید کرده بود و اخلاق در پژوهش، مانند رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، رازداری و اختیار مشارکت‌کنندگان برای ترک مطالعه، رعایت شد.

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، از دو بیمارستان فوق تخصصی قلب و عروق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران و مراکز توان‌بخشی و کلینیک‌های وابسته به این مراکز، به روش نمونه‌گیری هدفمند گزینش شدند. این دو مرکز، از مراکز ارجاعی عمده و مهم برای درمان بیماری‌های قلب و عروق از سراسر ایران هستند. معیارهای ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه، شامل کلیه بیماران تشخیص داده شده با بیماری‌های قلبی عروقی، با سن هجده و بالاتر، کارکنان سلامت شاغل در مراکز مذکور با حداقل یک سال تجربه درمان و مراقبت از بیماران قلبی و مراقبان خانوادگی مراجعه‌کننده به مراکز مذکور، با تجربه مراقبت و زندگی با بیمار بودند. همچنین توانایی درک و صحبت به زبان فارسی، شرایط مساعد از نظر جسمی، روحی و شناختی و تمایل به شرکت در مطالعه نیز به‌عنوان معیارهای ورود در نظر گرفته شد.

محقق برای دسترسی به مشارکت‌کنندگان، طی زمان مطالعه در شیفت‌های کاری صبح و عصر، در بیمارستان‌های مذکور حضور پیدا کرده، سپس براساس ارتباط مناسبی که با مشارکت‌کنندگان برقرار می‌کرد و همچنین با همکاری پرستاران و مسئولان این مراکز، نخست بیماران و مراقبان خانوادگی آنها که تجربه بیشتری

در زمینه جستجوی اطلاعات سلامت داشتند و همچنین کارکنان سلامت که تجربه لازم را در زمینه آموزش و تعامل با بیماران قلبی داشتند، شناسایی شدند و برنامه‌ریزی لازم برای مصاحبه و جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. با توجه به اینکه بیماران به‌عنوان مشارکت‌کنندگان کلیدی این مطالعه در نظر گرفته شده بودند، برای رعایت حداکثر تنوع‌پذیری، سعی شد نمونه‌ها از بیماران قلبی عروقی با ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و دموگرافیک مختلف (مانند سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، میزان و منبع درآمد، تعداد فرزندان، مکان جغرافیایی، قومیت و...) انتخاب شوند و همچنین آنها در مراحل مختلف بیماری و درمان (تشخیص تا توان بخشی قلب) قرار داشته باشند.

برای جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه به روش نیمه‌ساختارمند و با سؤالی باز بر اساس سؤال اصلی پژوهش آغاز می‌شد و به تدریج، براساس تحلیل داده‌ها، سؤالات ژرف‌کاو و پی‌گیر درخصوص تجربه روزانه جستجوی اطلاعات، پیش رفت. ابتدا، هشت مصاحبه با بیماران قلبی عروقی انجام شد؛ اما با توجه به تحلیل اولیه داده‌ها و مشخص شدن نقش اعضای خانواده و کارکنان سلامت در فرآیند جستجوی اطلاعات، به‌منظور تکمیل دقیق‌تر طبقات مفهومی، با مشورت تیم تحقیق، مراقبان خانوادگی و مراقبان سلامت نیز مصاحبه شدند. در مجموع، براساس ملاک اشباع داده‌ها در تحقیق کیفی، ۳۱ مصاحبه انفرادی با مشارکت ۳۱ نفر انجام شد. مدت مصاحبه‌ها بین ۲۵ تا ۸۰ و به‌طور متوسط، ۴۰ دقیقه بود. بیشتر مصاحبه‌ها بنا به توافق و راحتی مشارکت‌کننده‌ها، در کنار تخت بیمار و سایر مصاحبه‌ها نیز در محل کار یا منزل مشارکت‌کننده‌ها در محیطی آرام انجام شد. مشارکت‌کننده‌ها پرسش‌نامه مختصری مربوط به مشخصات فردی را بعد از پایان هر مصاحبه تکمیل کردند. تمام مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول مطالعه انجام و هم‌زمان با موافقت مشارکت‌کنندگان، با دستگاه MP3 ضبط می‌شد و طی ۲۴ ساعت، کلمه به کلمه در نرم‌افزار word پیاده‌سازی و تایپ می‌شد. برای غوطه‌وری محقق در داده‌ها، مصاحبه‌ها در چند نوبت به دقت گوش داده شد

و متن تایپ‌شده آن چندین بار مرور، کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. درواقع، تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان و به‌طور مستمر، با جمع‌آوری داده‌ها انجام پذیرفت.

تحلیل داده‌ها براساس تحلیل محتوای متن، به‌شیوه متعارف، در هشت مرحله انجام گرفت. آماده کردن داده‌ها (تایپ متن مصاحبه‌ها)، تعیین واحدهای معنایی (تعیین کلمات، جملات یا عباراتی از بیانات بیماران حاوی نکات مهم درباره جستجوی اطلاعات به‌عنوان واحدهای معنایی تعیین شد)، کدگذاری متن (تبدیل واحدهای معنایی به برچسب‌ها، عنوان خلاصه‌هایی که بیانگر معنای واحد انتخاب‌شده باشد)، بازنگری کدها با متن (مرور مجدد مقایسه کدها از نظر تشابه و تفاوت با یکدیگر و ترکیب کدهای مشابه) طبقه‌بندی و توسعه طبقات براساس تشابه و تناسب، بازنگری طبقه‌ها و مقایسه مجدد با داده‌ها برای اطمینان از استحکام کدها، شناسایی درون‌مایه‌ها با تأمل دقیق، عمیق و مقایسه طبقات با یکدیگر و نهایتاً گزارش یافته‌ها انجام شد (۲۱-۱۹).

برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی از معیارهای دقت علمی مانند اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability) یا حساسی، تناسب (Transferability) و قابلیت تأیید (Confirm ability)، Lincoln & Guba استفاده شد (۲۲). در این مطالعه به منظور افزایش اعتبار داده‌ها، محقق در طول مطالعه به مدت یک سال با داده‌ها درگیری مداوم داشت و تمامی متن مصاحبه‌ها و لیست طبقات توسط سایر همکاران پژوهشگر با سابقه تحقیق کیفی، مورد بازبینی قرار می‌گرفت و همچنین توسط فرآیند کنترل توسط اعضاء (member check) کدگذاری اولیه هر مصاحبه در مرحله اولیه تحلیل به مصاحبه‌شونده برگردانده می‌شد، تا صحت آنها را تعیین کند. از طرفی تأییدپذیری داده‌ها با قرار دادن بخش‌های مختلف طبقات در اختیار دو نفر از اعضاء هیات علمی آشنا با تحقیق کیفی و مقایسه نظرات و تفاسیر آنها که توافق زیادی را نشان می‌داد، مورد تأیید قرار گرفت. برای حساسی تحقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را به‌طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. جهت انتقال

پذیری یافته‌ها سعی شد، نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته شده، ارایه گردد. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع سبب می‌شد که تناسب داده‌ها بیشتر شود.

یافته‌ها

از ۱۶ بیمار مشارکت‌کننده، هشت نفر زن و هشت نفر مرد بودند. میانگین سن بیماران $54 \pm 6,3$ سال بود. بیشتر آنها متأهل بودند ($68,7\%$). سطح تحصیلات آنها از بیسواد تا دکتری بود اما بیشتر آنها دارای تحصیلات دیپلم ($43,7\%$) بودند. کمترین زمان برای تشخیص بیماری یک ماه و بیشترین زمان تشخیص ۳۶ سال بود. بیشترین تعداد بیماران شامل نارسایی قلبی ($31,2\%$) و CABG (25%) بود. سایر بیماران، مبتلایان به سندرم کرونری، کوآرکتاسیون آئورت، آریتمی، سکته و بیماری مادرزادی قلبی بودند. برای ۵ مراقب خانوادگی شرکت‌کننده، میانگین سن $41 \pm 6,8$ سال بود. چهار نفر زن، سه نفر خانه دار، دو نفر نیز نقش همسر و دارای تحصیلات دیپلم بودند. همچنین از ۱۰ مراقب سلامت مشارکت‌کننده در این مطالعه (سه پزشک، سه پرستار و کارشناس تغذیه، فیزیوتراپیست، داروساز بالینی و روانشناس سلامت هر کدام یک نفر)، هفت نفر زن (70%) بودند. میانگین سن و سابقه کار برای مراقبان سلامت به ترتیب $39 \pm 7,1$ سال و $9 \pm 4,6$ سال بود.

ابتدا از توصیف‌های عمیق مشارکت‌کنندگان، ۷۶۶ کد اولیه استخراج شد و نهایتاً پس از تحلیل و مقایسه مداوم داده‌ها و زیر طبقات، چهار درونمایه شامل: نیازهای اطلاعاتی "مرتبط-مراقبت سلامت"، "مرتبط-نظام سلامت"، "مرتبط-بیماری" و "مرتبط-زندگی روزمره" استخراج شد که حاصل تجربه و درک مشارکت‌کنندگان از "نیازهای پایه برای جستجوی اطلاعات سلامت"، به عنوان درونمایه اصلی تحقیق می‌باشند و توضیحات آن به شرح ذیل می‌باشد.

۱- نیازهای اطلاعاتی مرتبط-بیماری قلبی: در بین نیازهای اطلاعاتی، مشارکت‌کنندگان اهمیت کسب اطلاعات "مرتبط با بیماری قلبی" را به صورت پررنگ بیان نمودند. زیر طبقات این درونمایه شامل کسب

اطلاعات در زمینه "ماهیت" و "پیش‌آگهی بیماری" بود. در زمان مواجهه بیماران با بروز علائم بالینی و مراحل اولیه تشخیص، سؤال کردن و جستجوی اطلاعات در زمینه ماهیت، علائم و اتیولوژی بیماری اهمیت زیادی داشت. برخی از آنها با شنیدن تشخیص بیماری قلبی از زبان پزشک، با توجه به اینکه شناختی از بیماری نداشتند، دچار ابهام شده و برای رهایی از این ابهام سعی در کسب اطلاعات در زمینه ماهیت بیماری و بویژه علل ابتلا به بیماری قلبی بودند. گویی آنها با کسب اطلاعات در مورد ماهیت بیماری در تلاش برای شناخت موقعیت کنونی خود بودند به عنوان مثال یکی از مشارکت‌کننده‌ها در رابطه با جستجوی ماهیت بیماری چنین بیان می‌کند "تو اتاق دکتر قلب، ... سریع من اکو کرد و گفت شما قلبت آب آورده... معنیش را اصلاً نمی‌دونستم. آب آورده یعنی چی؟... فرداش دکتر قلب اومد یکسری توضیحات بهم داد... نه بازم دقیق نمی‌دونستم سؤالات زیادی برام پیش می‌اومد... می‌خواستم بدونم این چه جور بیماریه؟.. سؤالاتم همش در مورد نارسایی بود" (بیمار ۳)

برخی از مشارکت‌کنندگان عدم آگاهی در مورد علائم بیماری قلبی و شدت بیماری در مراحل قبل از تشخیص را اظهار کردند، در این رابطه یکی از مراقبان سلامت چنین توصیف می‌کند "بیماران قلبی شاید اون اولی که دچار بیماری قلبی می‌شوند خیلی به شدت بیماریشان واقف نباشند" (پرستار ۱۹)

برخی از مشارکت‌کنندگان در تلاش برای شناخت ماهیت بیماری، سعی می‌کردند اطلاعاتی در زمینه اتیولوژی بیماری قلبی و عوامل مؤثر بر بروز بیماری پیدا بکنند اما این جستجو اغلب بی‌ثمر بود. در رابطه با جستجوی بی‌ثمر اتیولوژی، یکی از مشارکت‌کننده می‌گوید "از دکتر می‌پرسیدم این را چه جوری گرفتم؟ می‌گفتند از طریق مواد شیمیایی می‌شه گرفت، ..دیگه می‌گفتند ویروسیه.. من علتش را می‌خواستم بدونم که پیدا نکردم کسی جوابم را نمی‌داد" (بیمار ۲)

کسب اطلاعات در مورد ماهیت و ریشه بیماری به قدری برای آنها اهمیت داشت که برای رسیدن به اطلاعات مذکور به منابع متعدد حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای،

نوشتاری و اینترنت مراجعه می کردند. یکی از بیماران چنین بیان می کند "یک چیزی که دنبالش بودم و بهش نرسیدم نوع شناخت این بیماری بود... خوب می گفتند مادرزادی است از مادرم زیاد سوال می کردم می گفتم بچه بودم چیکار می کردم؟.. چند تا نشریه هم بود که گرفته بودم که بتونم از یک طریقی این مریضی را واسم بشکافند... سعی می کردم از بیمارای دیگه هم بپرسم" (بیمار ۲۴)

جست و جوی اتیلوژی برای برخی از مشارکت کنندگان، با انگیزه پیشگیری اولیه و ثانویه برای سایر اعضا خانواده و نزدیکان انجام می شد. یکی از مشارکت کننده ها که خودش دارای دو فرزند دختر بود در این رابطه می گوید "چون بچه داشتم ارثی بودن این بیماریو مرتب سؤال می کردم... من نگران بچه هام بودم می گفتم اگر چیزی هست بچه ها را ببرم معاینات کافی انجام بدن" (بیمار ۱)

ابهام از آینده بیماری، نگرانی دیگری بود که توسط بیشتر مشارکت کننده ها مطرح شد، گویی آنها می خواستند بدانند، به کجا خواهند رفت، لذا سعی می کردند در مورد امکان برگشت توان قبلی در آینده، امکان رد یا پذیرش پیوند دریچه و قلب، میزان خطر جراحی، بقاء، بهبودی و پیشرفت بیماری و همچنین امکان زندگی راحت در آینده به جست و جوی اطلاعات با محوریت پیش آگهی پردازند. در این رابطه یکی از مشارکت کنندگان چنین می گوید "آیا بخاطر بیماری انرژی قبلی خودم را بدست می آورم یا نه؟ یعنی کارایی قلب برمی گردد یا نه؟ سؤال بدیم این است که آیا قلب من پیوند را پس میزند یا نه؟... وضعیت بیماری من بهتر میشود یا بدتر میشود؟" (بیمار ۱۲)

جست و جوی میزان خطر، بقاء و امکان عود بیماری یا عوارض بیماری نیز بارها توسط بیماران و مراقبان خانوادگی تجربه شده بود. در رابطه با نیاز به کسب اطلاعات در مورد میزان بقاء یکی از مشارکت کننده ها با تشخیص کوآرکتاسیون آئورت می گوید "با دستیارشون که بیشتر دوست داشتم از اونها هم یک اطلاعاتی می گرفتم من فقط دنبال این بودم که آیا امکان فوت من در اثر این بیماری هست یا نیست؟" (بیمار ۶)

مادر یکی از بیماران نیز می گوید "حتی سؤال کردم احتمال دارد عود کند (تامپوناد بعد از جراحی)؟ که گفت (پزشک) بله احتمال دارد که باز هم این مسئله تا سه ماه دیگه خدای نکرده تجمع آب دور قلبش پیش بیاد که من این را به پسریم نگفتم، این پیش بیاد را نگفتم، گفتم شاید بترسه چون روحیه ش را خیلی از دست داده" (مراقب خانوادگی ۲۰)

پنهان کردن اطلاعات مربوط به پیش آگهی منفی، توسط اکثر مراقبین خانوادگی و بیماران مطرح شد، بطوری که بیمار و خانواده در تلاشی دو سویه برای ایجاد آرامش در همدیگر بودند.

هم راستا با نیاز درک شده توسط بیماران، یکی از متخصصین قلب درباره نیاز بیماران به کسب اطلاعات پیش آگهی چنین می گوید "مهمترین چیزی که باید بیماران قلبی بدانند این است که پیش آگهی شون چیه، یعنی اینکه این بیماری چه تاثیری روی طول مدت زندگیشون می گذارد... بیمار باید بداند که سورویوال بیماری چیه و چه کاری باید بکند که سورویوالش بیشتر بشود... مریضها در مورد وخامت بیماریشون اون اولا بیشتر سؤال می کنند" (متخصص قلب ۱۵)

برخی مشارکت کنندگان کسب اطلاعات در زمینه پیش آگهی را برای مشارکت در درمان ضروری می دانستند "بیمار باید بداند که این بیماری چقدر وخامت دارد پیش آگهی چه طوری است... این جور در ادامه درمانش هم همکاری می کند" (متخصص قلب ۱۳)

۲- نیازهای اطلاعاتی مرتبط-مراقبت سلامت: تجارب بیشتر مشارکت کنندگان این مطالعه نشان داد که جست و جوی اطلاعات در زمینه "پیشگیری"، "درمان"، "خود-مراقبتی و پیگیری مراقبت" و "ارتقاء سلامت روان" اهمیت خاصی دارد. این نیازهای چهارگانه به عنوان زیر طبقات درون مایه "نیازهای مرتبط-مراقبت سلامت" مفهوم پردازی شدند. البته برای برخی مشارکت کنندگان به جز محتوی اطلاعات، کیفیت اطلاعات نظیر اطلاعات فردی و کاربردی همچنین جامعیت اطلاعات نیز مهم بود. نیاز به اطلاعات مرتبط با پیشگیری اولیه و ثانویه، بیشتر توسط کارکنان سلامت مطرح شد تجارب آنها نشان

می داد که جستجویی اطلاعات در زمینه ریسک فاکتورهای بیماری، بیشتر بعد از تشخیص شروع می شود. یکی از پزشکان در این رابطه می گوید "خوب بیمار بخصوص بیماری که تازه ام ای کرده در مورد خیلی از ریسک فاکتورها مثل قند خون و .. آگاهی ندارند تازه اولین باری که مبتلا به بیماری قلبی می شوند تازه می فهمند که ای وای هایپرلیپیدمی بودم... من نمیدونستم، اون موقع تازه ممکنه در مورد دیابت یا ... سؤال کنند" (متخصص قلب ۱۳)

اکثر مشارکت کنندگان ضعف رسانه در زمینه اطلاع رسانی ریسک فاکتورهای قلبی عروقی را از عوامل دخیل در نقص اطلاعاتی خود می دانستند. در این رابطه پزشک می گوید "این قدر روی ریسک فاکتورهای کرونری آرتری دیزیس که اصلی ترین علت مرگ و میر ایران است، خیلی تاکید نمی کنند، یعنی در لول (سطح) اول پیشگیری اطلاع رسانی نداریم... بیماران قبلش باید ریسک فاکتوراشون را بشناسند" (متخصص قلب ۱۵)

تجارب یکی از کارکنان سلامت در ارتباط با جستجویی اطلاعات در زمینه پیشگیری ثانویه این گونه بیان می شود "بیمار می پرسه چیکار کنم که این فشار خون برام عوارض ایجاد نکنند؟ ... کلیه م از کار نیفتند؟، قلبم، مغزم .. ما هم می گیم نمی تونیم درمانش کنیم تو باید کنترلش کنی" (پرستار ۱۹)

تجارب برخی دیگر از مشارکت کنندگان نشان می داد که آنها در صدد کسب اطلاعات در زمینه داروها، گزینه های درمانی نوین و سنتی، نحوه جراحی و شرایط جراحی، نحوه عملکرد دفیبریلاتور کاشتنی و نحوه آنژیوگرافی هستند. در زمینه جستجویی اطلاعات مرتبط با درمان و گزینه های درمانی، یکی از مشارکت کنندگان تجربه خود را چنین توصیف می کند "موقعی که اون آنژیوگرافی رو کردم من با آقای دکتر بحث می کردیم، می گفتم یعنی با پلاستی هم نمیشه رگ رو باز نگه داشت که عمل نکنم؟" (بیمار ۴)

مشارکت کننده دیگری در مورد جستجویی اطلاعات درمان چنین بیان می کند "این دکترها را خسته کرده بودم هی می پرسیدم چیکار می خواهند بکنند، چرا

اینجوری؟ مثلاً نمیشه با یک داروی جدید جایگزینش کنند؟... این دستگاه جدید (دفیبریلاتور کاشتنی) که می خواهند بگذارند... چه جوری تنظیم میشه؟ ضربان قلب، چقدر بره بالا این شوک می ده؟" (بیمار ۷)

با معرفی درمان های جدید به بیماران، آنها سعی می کردند برای کسب نتیجه مطلوب، اطلاعاتی علمی مرتبط با طب نوین را جستجو کنند، به عنوان مثال: "دکتر گفت آره استیم سل (سلول بنیادی) داریم... اینجوریه، جدید، دوست داری انجام بدهی یا نه؟ گفتم باشه، بذار خودم یک ذره در موردش تحقیق کنم ... من خودم چند تا مقاله توی موسسه رویان که در زمینه استیم سل ها کار کرده بودند خوندم... به قولی آدم دستش می آد که این استیم سل چی چیه، در مورد چی باید صحبت کنه، چیکار می خواهند برات بکنند، بیشترین نتیجه ش چیه؟" (بیمار ۲۴)

بیماران و مراقبان سعی می کردند که برای انتخاب گزینه درمانی صحیح و ایمن، اطلاعاتی در خصوص مزایا و معایب هر گزینه درمانی کسب کنند، بعنوان مثال "همه ی سوال من چه با دکتر میم چه با دکتر میم همش راجع به همین بود که من الان عمل جراحی کردم بعدن چه محدودیت هایی دارم و چه امتیازاتی به دست می آرم؟" (بیمار ۲۹)

برخی دیگر به دلیل پاسخ دهی ناکافی به داروهای شیمیایی، در صدد جستجویی اطلاعات در مورد طب اسلامی و سنتی بودند. یکی از مشارکت کننده ها با اعتقاد به مفید بودن طب اسلامی و سنتی این گونه بیان می کند "پدرای ما از داروهای گیاهی استفاده می کردند... من دنبال داروهای گیاهی که برای قلب خوبه و تقویت می کنه هم بودم، مثلاً جوشانده ها، .. من تمام اطلاعات اینها را می خوندم، ... می گفت (پزشک) آره ضرر نداره، .. می گفت داروهای گیاهی خوبیش این است که شیمیایی نیستند... دنبال چیزهایی که برای ائمه هست هم بودم ... یکسری اطلاعات گرفتم مثلاً حضرت علی گفته غسل برای قلب خوبه.. البته مریضی ما هم که یک خورده ناجور هست و قرص و اینها هم زیاد مصرف می کنیم و یکسری عوارض دارند... چون از این نوع درمان جوابی هم نگرفتیم

.. بالاخره باید دنبال راههای دیگری هم باشیم،" (بیمار ۲۸)
جستجوی اطلاعات در خصوص نحوه مصرف،
اندیکاسیون، تداخلات، نحوه ادجاست کردن دوز، هویت و
نحوه نگهداری داروها بارها توسط بیماران و مراقبین
خانوادگی تجربه شده بود. "سئوالی که برای من تو
کلاسها پیش آمد، این بود که بالاخره همسر من تا چه
زمانی باید داروهایش را استفاده کند؟ یا اینکه داروهایش را
باید قطع کند؟ تا چه زمانی داروهایش را باید با این دوز
مصرف بکند؟ اصلا تاثیر این داروها چیه؟... در زمینه
داروایی که از قبل استفاده می کرد مثلا پرازوسین.. از
پرستار پرسیدم، اینها با داروهای قلبی مشکلی ایجاد نمی
کند؟... خطری ایجاد نمی کند؟" (مراقب خانوادگی ۳۱)

برای برخی از مشارکت کنندگان عدم دریافت
اطلاعات دارویی از طرف پزشک، نقطه شروع جستجوی
اینترنتی اطلاعات بود. به عنوان مثال "چون دکتر به من
نمی آید بگوید که دیگوسین کارش اینه، من خودم شروع
کردم به اطلاعات کسب کردن در مورد اینها، مثلا
لوزارتان برای چی دارم می خورم؟... تو اینترنت سرچ
کردم... یک برنامه دارویی روی گوشیم گذاشتم، زبان
فارسی هم هست" (بیمار ۲)

کارشناس تغذیه به عنوان مشارکت کننده این
مطالعه مطرح می کرد، که کسب آگاهی در مورد داروی
وارفارین، اهمیت خاصی برای بیماران مبتلا به مشکلات
دریچه ای دارد. به طوری که در شروع هر فصل سال،
بیشترین سئوال تلفنی بیماران از وی، در خصوص تداخل
داروی وارفارین با میوه های نوبرانه، می باشد. در راستای
تجارب مراقبین سلامت، مادر یکی از بیماران با درک
ضرورت مصرف وارفارین، چنین مطرح می کند "میگن
وارفارین غذای این دریچه ست، به خاطر همین در مورد
وارفارین زیاد میپرسم مثلا با آب هویج میشه خورد؟... یک
وقتهایی پی تی علیرضا (فرزند) این ور و اونور میشه زیاد
می پرسم" (مراقب خانوادگی ۲۰)

همچنین کسب اطلاعات کاربردی و فردی در مورد
خود-مراقبتی در منزل برای بیشتر بیماران و مراقبان
خانوادگی اهمیت اساسی داشت، آنها با اعتقاد به خود-
مسئولیت پذیری، درصدد کسب اطلاعات جهت مراقبت و

مدیریت علایم بودند. یکی از مشارکت کننده ها در این
رابطه می گوید "هر کسی باید دکتر خودش باشد... یکی
از مشکلات خیلی بزرگی که دارم مشکل افت فشارم است
و ما دقیقا نمی دونیم چه کاری انجام بدیم که فشارم را
بیارم بالا. ... خوب من اگر توی خونه همچین حالتی بهم
دست بده نمیدونم چه طوری فشارم را بیارم بالا؟ حالا من
چه جوری توی خانه فشارم را بالا بیارم؟" (بیمار ۵)

یکی از مراقبان خانوادگی نیز بیان می کند "من
می خواهم بیرسم (از جراح)، نهایتا سر پسر من درد گرفت
.. من اجازه دارم تو خونه یک دانه مسکن بهش بدهم یا
ندارم؟... از بیماری دیگه نپرسیدم چون هر کسی طبیعی
داره" (مراقب خانوادگی ۲۰)

علاوه بر مدیریت مراقبت جسمی، ارتقاء سلامت
روان و نحوه تطابق با افسردگی و اضطراب همواره یکی از
دغدغه های بیماران بود. در این باره دختر یکی از بیماران
چنین اظهار می کند "در مورد شرایط بعد از عمل گفتند
که اغلب تا یک ماه خیلی عصبی می شوند افسردگی
شدید می گیرند... از نظر روحی خیلی باید باهاشون کنار
بیای... باز هم آدم می تواند تحقیق کند ولی ..برام توضیح
بدهند که ما چه جوری باید با این مسئله کنار بیایم؟ ... که
بعد از عمل ما چیکار باید بکنیم؟ که بیمار آرام بگیرد، بتواند
راحت تر این موضوع را قبول کند، چون فکر می کنم
کسی که عمل جراحی قلب باز می شود مثل یه گلدونی
هست که شکسته و چسبش می زنند، پس خیلی باید ازش
مراقبت کنند" (مراقب خانوادگی ۲۷)

یکی از مراقبین سلامت لزوم کسب اطلاعات در
مورد پیگیری مراقبت را این گونه مطرح می کند "بیمار
باید بداند... بعد از اینکه درمان شد بعدا پیگیری هاش چه
جوری باید باشد... خود خانواده ها هم را جع به ... وقتهایی
که باید مراجعه بکنند سئوال می کنند؟ نگران می شوند
دیگه، می ترسند" (پرستار ۱۸)

۳-نیازهای اطلاعات مرتبط-نظام سلامت: این
درونمایه شامل سه زیر طبقه کسب اطلاعات در خصوص
"عملکرد مطمئن نظام سلامت و کارکنان سلامت"،
"نحوه برقراری ارتباط با کارکنان سلامت بعنوان منابع
اطلاعاتی موثق" و "آگاهی از سایر مراکز و کارکنان ارائه

دهنده خدمات سلامت" بود. تجارب مشارکت کنندگان بیانگر نیاز مبرم بیماران قلبی به کسب اطلاعات مرتبط با نظام سلامت و منابع اطلاعاتی حرفه ایی نظیر پرستاران بود.

برخی از مشارکت کنندگان در مورد عملکرد نظام و کارکنان سلامت، سعی می کردند در ارتباط با نحوه ارائه خدمات سلامت در مراکز درمانی و همچنین تعهد، تخصص و قابلیت دسترسی پزشک، از منابع اطلاعاتی متعدد بویژه از همتایان، اطلاعاتی را کسب کنند. یکی از مراقبان خانوادگی بعنوان همسر در این رابطه چنین اظهار می کند "من در مورد خود بیمارستان هم تحقیق کردم می خواستم ببینم بیمارستانش چه جوری است، خوبه؟ راضی اند؟" (مراقب خانوادگی ۲۱).

تجارب مشارکت کنندگان نشان می داد، اعتبار جراح که متشکل از اخلاق، تخصص، موقعیت و پاسخگویی وی بود، برای آنها اهمیت حیاتی داشت. یکی از مشارکت کننده ها در مورد جستجوی اطلاعات برای انتخاب جراح حاذق چنین اظهار می کند "رفتم یک تحقیقاتی هم کردم ... من توی بخش گشتم ببینم چه کسی مریض ایشان هست که ازش بپرسم دکتر ش چه جوهره؟ .. بعد آمدم به دخترم گفتم برو تو اینترنت ببین این آقای دکتر فوق تخصص داره؟ که ایشان زد تو اینترنت و پیدا کرد که ایشان فوق تخصص جراحی قلب است نمی دانم جز بازرسهای دانشکده های پزشکی است ... بعد، از چند تا از پرستارها پرسیدم، گفتند دکترها همه حاذق هستند، برای همین هم دلم قرص شد ... ولی بعدش از مریضهای اونجا(مطب) پرسیدم دکتر ش وقت می گذارد؟ از کارش راضی اند؟ جواب شما را خوب می دهد؟، اگر بعدا مشکلی پیدا کرد قابل دسترس هست؟ سابقه کارش چه جوهره؟ .. دیدم خیلی ها عمل کردند و واقعا از دکتر راضی هستند و می گفتند که خیلی هم با اخلاق است(جراح) (مراقب خانوادگی ۳۱)

کسب اطلاعات در خصوص نحوه برقراری ارتباط با کارکنان سلامت بویژه پرستاران به صورت تلاش برای نفوذ در پرستاران به عنوان منابع اطلاعاتی حرفه ایی و تصمیم گیرندگان محوری در مراکز درمانی مطرح شد، به

طوری که برخی از آنها سعی می کردند با برقراری ارتباط با پرستاران اطلاعات مورد نیاز خود را دریافت کنند. در این رابطه تجربه یکی از مراقبین خانوادگی این گونه بیان می شود "از بخش سی سی یو که وارد این بخش شدیم اول فکر کردم چه جوری باید توی این پرستارا نفوذ کنم، راهش را باید پیدا کنم، راه اصلی پرستار است خوب اول چون اطلاعاتی نداشتم اول رفتم سراغ همسایه بغلیم(اتاق همتا) پرسیدم نفوذت تو پرستارا چگونه است؟ چه جوری میشه با پرستارها شاخه زد؟ اسم پرستارا چیه؟ چون در مورد مریضت، داروش، تغذیه ش بخوای سئوالی بکنی این پرستاره که از همه چیز خبر داره من که تصمیم گیرنده نیستم اینجا حرف حرف پرستاره"(مراقب خانوادگی ۹)

به دلیل اینکه بیشتر بیماران و مراقبان خانوادگی آنها، پزشکان را به عنوان درمانگر و منبع اصلی اطلاعات ترجیح می دادند و عمدتا انتظار دریافت همه اطلاعات تخصصی در خصوص دارو، تغذیه و فعالیت فیزیکی را از پزشکان داشتند، از سویی دیگر به دلیل پاسخگویی ناکافی پزشکان به همه سئوالات بیماران، کارکنان سلامت مشارکت کننده در این مطالعه، نیاز به آگاهی از نقش سایر متخصصین سلامت نظیر کارشناس تغذیه، آگاهی از خدمات بازتوانی قلب و دانستن اقدامات غیر دارویی در کلینیک های تخصصی را برای بیماران لازم می دانستند. یکی از پزشکان در این رابطه اظهار می کند "ما به مریضها اطلاعات کلی می دهیم..مریضها باید بدانند که نوتوانی کاری است که به اینها خیلی کمک می کند...بعضی ها نمی دانند نوتوانی چیه تازه می آن میپرسن این کلاسهای نوتوانی چیه؟...متخصص تغذیه چیکار می کند؟ یعنی درمانگاه تغذیه هم داریم که می تونه به اونها توصیه های عملی و تخصصی بده، بدون مصرف دارو .. بیمارا باید بدانند که چریشون بالاست، نمی خواد متخصص قلب برنند که فقط دارو درمانی بشه، باید بدونند یکسری کلینیک های خاص دیگه داریم، برنند پیش متخصص تغذیه که چریشون را کنترل کند .. چرا همش فکر می کنند که پزشک مسئول این کار است"(متخصص قلب ۱۴)

یکی از مراقبان خانوادگی در راستای جستجوی سلامت روان، از منابع اطلاعاتی حرفه ایی چنین می گوید: "ما چه جوری باید با مسئله افسردگی کنار بیاییم؟ آیا روانشناس میتواند توضیح بدهد؟ چه کسی می تواند ما را راهنمایی بکند؟" (مراقب خانوادگی ۲۷)

۴- نیازهای اطلاعات مرتبط-زندگی روزمره: شامل دو زیر طبقه "سبک زندگی سالم و "فعالتهای معمول زندگی روزمره" بود. بر اساس تجارب مشارکت کنندگان، یکی از مهمترین دغدغه های بیماران قلبی و مراقبین خانوادگی آنها، کسب اطلاعات در ارتباط با سبک زندگی سالم و فعالتهای معمول زندگی روزمره نظیر ایفای نقش حرفه ایی و جنسی بود.

یافته ها نشان می داد بیماران با درک تهدید بیماری قلبی، سعی در تعدیل رفتارهای ناسالم گذشته یا بهبود سبک زندگی خود داشته، لذا سعی می کردند در خصوص نحوه تغذیه، محدودیتهای غذایی و میزان فعالیت، اطلاعاتی را جهت محافظت از خود جستجو کنند. مشارکت کنندگان اظهار می کردند که جستجوی اطلاعات در مورد تغذیه بیشترین اهمیت را برای بیماران ایرانی دارد، بطوری که سعی می کردند دقیق ترین و جزئی ترین اطلاعات تغذیه ایی را از منابع اطلاعاتی کسب کنند در این رابطه متخصص قلب می گوید "عمدتا اولین چیزی که مریضها می پرسند این است که چی بخورند؟.. همیشه در فرهنگ ما خوردن یک مسئله مهم است هیچ وقت هم نمی پرسند چی نخوریم..می گویند ما رفتیم سیر با آب غوره خوردیم ... فکر می کنند تک تک اینها را باید بدانند؟" (متخصص قلب ۱۳)

پرستار در مورد دلیل اهمیت کسب اطلاعات تغذیه ایی برای بیماران چنین می گوید "ولی به تغذیه سنس(حساس) هستند چون فکر می کنند اگر چربی بخورند دوباره رگهاشون بسته می شوند حالا اطلاعات بدست آوردند و می فهمند که چربی باعث انسداد کرونر شده فکر می کنند اگر چربی بخورند دوباره این فرایند تکرار می شود" (پرستار ۱۹)

محدود شدن رژیم غذایی و پیدا کردن مواد غذایی جایگزین یکی دیگر از نگرانی های بیماران است. در این

رابطه کارشناس تغذیه اظهار می کند "بیماران تا زمانی که مشکل قلبی براشون پیش نیاد باز همان شیوه ایی که همیشه داشتند پیش می گیرند، ولی وقتی بهشون گفته می شود بیماری قلبی داری... وقتی که اول پیششون میری می گویند که من اصلا سرخ کردنی نمی توانم استفاده کنم؟ ... آقایون میپ رسند، کله پاچه دل و جگر نمیتوانم استفاده کنم؟ .. یا اینکه می پرسند من دیگه نمی توانم سرخ کردنی بخورم؟ چون فکر می کنند مشکل قلبی دارند، اینها(کباب، جگر...) کامل باید حذف شود؟ خیلی هم نگران هستند، یعنی توی سئوالا تشون نگرانی را می بینی، حالا شاید براشون مشکل است که یک جایگزین برای این پیدا بکنند، محدودیت خوب خیلی سخته" (تغذیه ۱۱)

در مورد پیاده روی و نحوه ورزش یکی از بیماران چنین می گوید "پرسیدم آیا می تونم برنامه اسب سواری و پیاده رویم را مثل قبل ادامه بدم؟..تو سربالایی می تونم پیاده روی کنم؟ که گفتند(جراح) اسب سواری نمی تونی، برات خطر داره، ولی پیاده روی می تونی، الان هم تو استخر خونه م، یا تو پارک، مرتب پیاده رویم را می کنم" (بیمار ۸)

یکی دیگر از مصادیق جستجوی اطلاعات مرتبط با زندگی، کسب اطلاعات در خصوص فعالتهای معمول زندگی روزانه نظیر زمان شروع فعالیت حرکتی روزمره، فعالیت جنسی، رانندگی کردن، رفتن به مسافرت، ایفای نقش حرفه ایی و برگشت به کار بود. در خصوص کسب اطلاعات مرتبط با زندگی روزمره و پاسخگویی به این نیاز بیماران، فیزیوتراپیست چنین اظهار می کند "مریضها چون از ما خیلی سؤال می کردند مثلا در مورد اینکه از کی می توانند فعالیت معمولشان را شروع کنند؟ اگر خانه شان پله دارد از کی میتوانند پله را بالا پایین بروند؟..خانمهای خانه دار، حتی از کی می تونند برند آشپزخونه؟... یا در مورد فعالتهای جنسی شون اغلب سؤال می کردند... از کی میتوانم پشت ماشین بنشینم؟ به خاطر همین ما یک پمفلت درست کردیم توی این پفلت الان دو قسمت داریم یکی آموزش فعالتهای روزانه است.. این چیزهایی که ما هم آموزش می دهیم، همش در مورد زندگی روزمره شون است فعالتهای مختلف حالا از

استحمام کردن طریقه خوابیدن، ما بهش می گوئیم active daily living" (فیزیوتراپیست ۱۷)

برخی دیگر از کارکنان سلامت مطرح کردند که بیماران در مورد مسائل جنسی به جستجوی پنهانی می پردازند در این رابطه کارکنان سلامت می گویند: "در مورد مسایل جنسی هم اطلاعات می خواهند... ولی خیلی یواشکی و درگوشی میاد می پرسه خانم اینجوریه... می توانم فعالیت (جنسی) داشته باشم؟" (پرستار ۱۸). "برای آقایون پرسیدن سؤالات جنسی خیلی سخته، مشکله، خجالت می کشند" (روانشناس سلامت ۱۶). در تایید تجارب کارکنان سلامت، یکی از مشارکت کنندگان، جستجوی اطلاعات جنسی را چنین بیان می کند "عذر می خواهم یک مسئله ایی که ما می خواستیم ولی هیچ وقت نپرسیدیم و خودشون (مراقبین سلامت) هم هیچ وقت از ما نپرسیدند معذرت می خواهم بی میلی جنسی بود... ولی هیچ وقت پیش نیامد که جایی باشد بدون اینکه افراد دیگه ایی باشند، این را سؤال کنم" (بیمار ۵)

تجارب مشارکت کنندگان نشان می داد که به دلیل تامین اقتصاد خانواده و ایفای نقش اجتماعی، برگشت به کار برای همه بیماران بویژه مردان اهمیت حیاتی داشت. در این رابطه پرستار می گوید "یکی از دغدغه های آقایون این هست که می توانند به کار برگردند یا نه؟.. راننده تاکسی، راننده بیابون، کسی که اداری هست، همه در مورد کارشون سؤال می کنند، محدود به گروه خاصی هم نیست... دغدغه شون بیشتر روی حیات شغلی شون است، شغل برای اینها حیات است، اگر شغل نباشد چطورری امورات زندگی را بگذرانند؟ چنین تفکری دارند به جز سطح سلامت عمومی این سطح متفاوت هم براشون مهم است فقط به فکر سلامت نیستند به فکر ایفای نقش که براشون خیلی حیاتی هست هم هستند" (پرستار ۲۳).

بحث

در این مطالعه درون مایه های اصلی پدیدار شده از تحلیل تجارب مشارکت کنندگان در مورد جستجوی اطلاعات مورد نیاز، شامل نیازهای اطلاعاتی مرتبط-بیماری قلبی، مرتبط-مراقبت سلامت، مرتبط-نظام

سلامت و مرتبط-زندگی روزمره هستند. این یافته ها ضمن مشخص کردن رفتار جستجوی گری فعالانه بیماران قلبی عروقی و خانواده های آنان، نشان می دهد که جستجوی اطلاعات سلامت برای مشارکت کنندگان این مطالعه با یک نگاه جامع و ماوراء مسایل سلامت جسمی و بیماری دیده شده است. در مطالعه ای مطرح شده، بیمارانی که بطور فعالی از مراقبان خود سؤالات بیشتری می پرسند، در تصمیمات و رفتارهای مراقبت سلامت مشارکت بیشتری دارند و به احتمال زیاد احساس کنترل بیشتری روی مراقبت سلامت خودشان دارند و همین احساس کنترل، منجر به تمکین بیشتری از رژیم های درمانی می شود (۲۳). رفتار فعالانه جستجوی اطلاعات برای مشارکت کنندگان این مطالعه، در بیشتر ابعاد مربوط به فرآیند بیماری گزارش شد، به عنوان مثال با اینکه جستجوی اطلاعات مرتبط با پیش آگهی و ماهیت بیماری برای مشارکت کنندگان مطالعه حاضر به دلیل برنامه ریزی برای زندگی آینده و مشارکت در درمان پر رنگ بود، اما در مطالعات دیگر گزارش شده که اکثریت بیماران نارسایی قلبی با وجود نقص دانش در مورد پیش آگهی و معنای نارسایی قلبی، به دلیل نگرشهای بی تفاوتی نسبت به بیماری، آگاه بودن از واقعیت مرگ، حفظ امید و آرامش خود، اجتناب از اضطراب و همچنین ناتوانی در درک موضوعات مربوط به بیماری، تلاشی برای کسب دانش مرتبط با پیش آگهی و ماهیت نارسایی قلبی نکرده نبودند (۱۰ و ۲۴). این در حالی است که تحقیق نشان می دهد که عدم کسب اطلاعات در خصوص ماهیت و پیش آگهی بیماران در اضطراب، عصبانیت، گیجی و افسردگی آنها نقش دارد. نتایج یک مطالعه نیز نشان می دهد، بیمارانی که در جستجوی اطلاعات مربوط به پیش آگهی هستند سطوح بالاتری از خودکارآمدی را دارند (۲۵). البته در برخی مطالعات داخل کشور که از طریق پرسشنامه های توسعه یافته در سایر کشورها، به سنجش نیازهای یادگیری بیماران قلبی عروقی نظیر سکت و نارسایی قلبی پرداخته بودند، اشاره ایی به ضرورت کسب اطلاعات در خصوص پیش آگهی و معنای بیماری نشده است (۱۴ و ۱۳). بنابراین می توان گفت که مطالعه کیفی حاضر،

بستر واقعی تری را برای تشخیص نیازهای اطلاعاتی بیماران قلبی بر اساس فرهنگ ایرانی فراهم کرده است. نیاز به اطلاعات در مورد علایم و آناتومی و فیزیولوژی بیماری همراستا با سایر مطالعات است، البته در مطالعه رفیعی نیاز به یادگیری آناتومی و فیزیولوژی برای بیماران در درجه ششم اهمیت قرار داشت (۱۳ و ۲۵). یافته مهم دیگر این مطالعه کسب اطلاعات مرتبط-مراقبت سلامت نظیر پیشگیری، درمان، خود-مراقبتی جسمی و ارتقاء سلامت روان بود. از تجارب مشارکت کنندگان این مطالعه چنین برداشت می شود که کسب اطلاعات در همه ابعاد مراقبت سلامت و در طی یک طیف از پیشگیری تا پیگیری مراقبت ضرورت دارد. همراستا با نتایج مطالعه ما در یک مطالعه نیز ۶۲٪ بیماران قلبی خواستار اطلاعات در مورد خود-مدیریتی بیماریشان بودند (۲۵). در مطالعه رفیعی و همکاران، نیاز به یادگیری اطلاعات دارویی در درجه اول و یادگیری عوامل خطر در درجه سوم اهمیت برای بیماران قرار داشت (۱۳). همچنین در مطالعه Ivarsson، ۷۰٪ بیماران خواستار کسب اطلاعات در خصوص جراحی قلب و عوارض آن بودند و مطرح شده است، کسب اطلاعات مربوط به عوارض جراحی، می تواند عاملی برای انجام اقدامات پیشگیرانه و احتیاطی باشد (۱۶). در مشارکت کنندگان مطالعه حاضر، کسب اطلاعات در مورد درمان بویژه درمانهای جراحی و دارویی بسیار برجسته بود به طوری که آنها با پیشرفت درمان های قلبی نظیر پیوند سلولهای بنیادی، سعی می کردند در این زمینه اطلاعات کسب کنند. از طرفی درصدد کسب اطلاعات مرتبط با طب سنتی و اسلامی بودند، که این یافته در مطالعات دیگر گزارش نشده است و نشان دهنده تاثیر پذیری رفتار جستجوی اطلاعات از فرهنگ و مذهب ایرانی اسلامی می باشد و می توان استدلال کرد که جستجو اطلاعات سلامت می تواند یک "رفتار هنجاری" باشد، به این معنی که افراد در هم رنگی با قوانین، پیشرفتهای و ارزشهای اجتماعی به سادگی عمل می کنند (۸). یافته دیگر در این مطالعه، جستجوی اطلاعات سلامت روان بود، که نشان می داد نحوه تطابق با افسردگی و اضطراب برای بیماران قلبی و خانواده هایشان

مهم می باشد. نتایج یک مطالعه نیز نشان داد که رفتار اطلاعاتی، نقش مهمی در قادرسازی بیماران دیابتی برای تطابق عاطفی با دیابت بازی می کند (۲۶). البته در مطالعه گلچین و رفیعی مطرح شده که نیاز به یادگیری عوامل روانی برای بیماران اهمیت چندانی نداشته است (۱۳ و ۱۴). همچنین در یک مطالعه گزارش شده است، بیماران ممکن است مسائل روانی را به خاطر جامعه پسندی (social desirability)، فاصله اجتماعی و /یا نگرانی های مربوط به استیگما، برای پزشکان خود مطرح نکنند (۲۷). گاهی وقت ها هم بیماران از نیاز اطلاعاتی شان آگاه نیستند، بطوری که آنها را "ناآگاه یا بی خبر" می نامند (۲۶). Degner، مطرح کرده که کسب اطلاعات مرتبط به مراقبت سلامت در طی زمان تغییر می کند به طوری که در مطالعه وی مشخص شد، زنان مبتلا به سرطان سینه در مراحل اولیه تشخیص، علاقمند به جستجوی اطلاعات درمان و با گذشت زمان علاقمند به کسب اطلاعات خود-مراقبتی بودند (۲۶). در مطالعه کنونی نیز نیاز به اطلاعات جهت خود-مراقبتی و پیگیری درمان بارها توسط مشارکت کنندگان مطرح شد که در بسیاری از متون، به نقش حیاتی پرستاران جهت ویزیت منزل و تشخیص نیازهای اطلاعاتی بیماران برای توسعه مهارتهای خود-مراقبتی بیماران و خانواده هایشان تاکید شده است.

از تجارب مشارکت کنندگان در این مطالعه چنین برداشت می شد که نیاز به کسب اطلاعات در مورد مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت و نقش کارکنان سلامت، برای بیماران و خانواده اهمیت دارد. در یک مطالعه نیز بیماران قلبی عروقی نیاز به اطلاعات مربوط به برنامه های محلی توانبخشی را در اینترنت مطرح کرده بودند (۱۲). در مطالعه علوی، دشواری دستیابی به منابع اطلاعاتی موثق که همان مراکز مراقبتی، درمانی و بازتوانی هستند به عنوان چالشی اساسی برای دستیابی به اطلاعات صحیح و معتبر بیان شده است (۲۸). از سویی در مطالعه کنونی مشخص شد که بیماران از نقش سایر کارکنان سلامت نظیر متخصص تغذیه آگاهی لازم را ندارند و بیشتر پزشک را پاسخگوی همه سؤالات خود می دانند. سایر مطالعات

نشان می دهد که بیماران قلبی همیشه از اینکه چه کسی می تواند بهترین نقش را برای ارائه اطلاعات به آنها داشته باشد، آگاه نیستند (۳). بنابراین ممکن است به منابع متعدد اطلاعاتی و حتی غیر حرفه ایی مراجعه کنند و توصیه های متناقضی را دریافت کنند. در مطالعات دیگر مشخص شده که عدم شناسایی نقش برای ارائه اطلاعات، در بین کارکنان سلامت نیز وجود دارد، بطوریکه در مطالعه Auyeung پزشکان و پرستاران و داروسازان، درک صحیحی از نقش خود، برای ارائه اطلاعات دارویی به بیماران قلبی نداشتند (۲۹). البته در مطالعه کنونی یکی از یافته های مهم این بود که بیماران علاوه بر پزشکان، پرستاران را در نقش منابع اطلاعاتی موثق و تصمیم گیرنده اصلی مراقبت می دیدند اما به دلیل موانع ارتباطی، دستیابی به پرستار را مشکل می دانستند، بنابراین، پرستاران لازم است با ایجاد یک فضای ارتباطی باز، دستیابی بیماران به اطلاعات مورد نیاز خود را تسهیل کنند. چرا که، ارتباطات به موقع، کافی و مناسب کارکنان سلامت با بیمار قلبی برای افزایش خود-مدیریتی، تمکین از داروها، کاهش مشکلات جسمی و روانشناختی، پیشگیری از پذیرش برنامه ریزی نشده، تصمیم گیری آگاهانه و نهایتاً فراهم کردن یک مرگ آرام ضروری است. در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان در توصیف های خود نیاز به کسب اطلاعات مربوط به تغذیه سالم، فعالیتهای معمول روزانه نظیر ایفای نقش، مسافرت، ورزش و فعالیت جنسی اشارات زیادی داشتند. یافته های این مطالعه در مورد اولویت داشتن و اهمیت اطلاعات رژیم غذایی، محدودیتهای غذایی و فعالیتهای معمول روزانه برای بیماران توسط برخی مطالعات حمایت می شود، به طوری که در یک مطالعه کیفی، بیماران درمان شده با آنژیوپلاستی، نیاز به اطلاعات مرتبط به تغییرات سبک زندگی نظیر تغییرات ایجاد شده در رژیم غذایی همچنین محدودیتهای فیزیکی را مطرح کرده بودند، آنها این محدودیتهای ایجاد شده را به عنوان قوانینی برای کاهش خطر کرونری در آینده، پذیرفته بودند (۳). همچنین در مطالعه شفیع پور و همکاران برای بیماران تحت عمل بای پس عروق کرونری، بیشترین نیاز آموزشی مردان و

زنان در زمان ترخیص مربوط به فعالیت بعد از عمل بود (۳۰). اولویت دادن به اطلاعات مرتبط با زندگی در برخی دیگر از مطالعات تا حدودی مغایر با نتایج مطالعه کنونی است، به طوری که در مطالعه انجام شده توسط رفیعی، اهمیت یادگیری اطلاعات تغذیه ای و فعالیت، برای بیماران نارسایی قلبی به ترتیب در درجه سوم و پنجم اهمیت قرار داشت (۱۳). همچنین در مطالعه گلچین و همکاران عوامل مربوط به سبک زندگی و تغذیه به ترتیب اولویت سوم و ششم و عوامل مربوط به فعالیت فیزیکی نظیر فعالیت جنسی و رانندگی کمترین اهمیت را برای بیماران قلبی داشت (۱۴). مطالعات رفیعی و گلچین برای نیاز سنجی اطلاعات مورد نیاز بیماران بستری و بر اساس پرسشنامه های غیر بومی انجام شده است، اما مطالعه کیفی حاضر، با تلفیق نگاه کارکنان سلامت، مراقبان خانوادگی و بیماران قلبی عروقی که در مراحل مختلف بیماری و در زمان بستری و مراقبت در منزل بودند، توانسته است نگرانی های بیشتری از بیماران قلبی عروقی نظیر ایفای نقش و کسب هویت جنسی که برای آنها اهمیت حیاتی داشته و در مطالعات دیگر گزارش نشده، به تصویر بکشد. تعیین نگرانی های اطلاعاتی از طریق فرآیندهای فعال کسب اطلاعات می تواند به بیمار کمک کند تا در محیط یادگیری، کنترل اعمال کند. بر عکس یک محیط درمانی که منحصراً توسط کارکنان، سازماندهی شده است، می تواند حس وابستگی بیمار را تقویت کند و فرآیند یادگیری را به تحلیل برسد (۱). البته این مطالعه دارای محدودیت هایی نیز می باشد. مطالعه کنونی هم توسط عرصه آن و هم متدولوژی انتخابی، محدود می شود. در این مطالعه، برای درک عمیق نیازهای اطلاعاتی بیماران در زمان جستجوی اطلاعات سلامت در بیماران قلبی عروقی ایرانی از متدولوژی کیفی استفاده شده است، بنابراین تعمیم پذیری آن محدود می شود. لذا پیشنهاد می شود مطالعه نیازهای جستجوی اطلاعات سلامت در بیماران قلبی عروقی در دیگر جوامع (نظیر جوامع روستایی) و قومیت ها انجام شود. همچنین با توجه به نقش پررنگ خانواده ها در جستجوی اطلاعات، پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده، نیازهای اطلاعاتی مراقبین

خانوادگی بویژه مادران کودکان مبتلا به بیماریهای قلبی-عروقی با حجم نمونه بزرگتری مطالعه شود.

نتیجه گیری

از یافته های این مطالعه جستجوی اطلاعات در زمینه پیش آگهی، ایفای نقش، سلامت جنسی و روانی همچنین جستجوی طب نوین، اسلامی و طب سنتی بود، که نشان می دهد جستجوی اطلاعات سلامت در طیف وسیع و ماوراء مسایل سلامت جسمی انجام می شود، از سویی با توجه به نیاز اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی و خانواده ها در خصوص خدمات نظام سلامت، لزوم فراهم کردن اطلاعات مربوط به موارد مذکور برای پاسخگویی به نیاز بیماران و مشارکت آنها در تصمیم گیری درمانی و مدیریت مطمئن زندگی ضروری به نظر می رسد، چرا که درک نیازهای واقعی بیماران قلبی، با در نظر گرفتن زمینه های فرهنگی، از عوامل زیربنایی کیفیت خدمات آموزشی است. بنابراین می توان از طریق شیوه مختلف اطلاع رسانی نظیر طراحی سایتهای اینترنتی معتبر، برگزاری جلسات گروهی همگن، ویزیت در منزل توسط پرستاران متخصص اطلاعات سلامت قلب و برنامه های رسانه ای،

بیماران را از همه مسائل مربوط به سلامت، نظیر سلامت جنسی، نحوه تطابق با مشکلات روانی، شیوه های طب نوین، سنتی و اسلامی، نقش مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت نظیر مراکز توانبخشی قلب و درمانگاههای ارتقاء سلامت، همچنین نقش سایر متخصصین سلامت آگاه کرد و با دور شدن از مدل طبی و تمرکز زدایی نقش ارائه اطلاعات از دوش پزشکان، گامی مهم در رفع نیازهای اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی در همه ابعاد مراقبت و زندگی با بیماری، برداشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه مشارکت کنندگان این مطالعه و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکر و قدردانی می کنند. این مطالعه بخشی از یک مطالعه گراند تئوری بزرگتر به نام "فرآیند جستجوی اطلاعات سلامت در بیماران قلبی عروقی: طراحی مدل" جهت اخذ رساله دکتری می باشد که در شورای پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران با شماره طرح ۶۲۹۱ به تصویب رسیده است.

منابع

1. Bergvik S, Wynn R, Sørli T. Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. *Patient Education and Counseling*. 2008; 7: 227-233
2. Lee W T, Kang J S, Lee H S, Kim H H. Effective Intervention Strategies to Improve Health Outcomes for Cardiovascular Disease Patients with Low Health Literacy Skills: A Systematic Review. *Asian Nursing Research* 2012; 6: 128-136
3. Astin F, Closs SJ, McLenachan J, Hunter S, Priestley C. The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Education and Counseling* 2008; 73: 325-332
4. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Hanestad BR. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005; 4: 37-44
5. Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMS health services research*. 2010; 10(77): 1-9

6. Manafo E, Wong SH, Exploring older adults' health information seeking behaviors. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2012; 44(1): 85-89
7. Butler MG, Farley JF, Sleath BL, Murray MD, Maciejewski ML. Medicare part D information seeking: The role of recognition of need and patient activation. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2012: 1-10
8. Caiata-Zufferey M, Abraham A, Sommerhalder K, Schulz P J. Online Health Information Seeking in the Context of the Medical Consultation in Switzerland. *Qualitative Health Research*. 2010; 20(8): 1050-1061
9. Ivarsson B, Larsson S, Lührs C, Sjöberg T. Serious complications in connection with cardiac surgery-Next of kin's views on information and support. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011; 27: 331-337.
10. Harding R, Beynon T, Coady E, Walton M, Higginson IJ. Meeting the Communication and Information Needs of Chronic Heart Failure Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 36(2):149-156.
11. Vaughan Dickson V, Riegel B. Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *HEART & LUNG* 2009; 38(3); 253-261.
12. Neubeck L, Ascanio R, Bauman A, Briffa T, Clark AM, Freedman B, et al. Planning locally relevant Internet programs for secondary prevention of cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; 10: 213-220.
13. Raffi F, Shahpoorian F, Naasher Z, Azarbaad M, Hosseini F. The Importance of Learning Needs of CHF Patients from Patients' and Nurses' Perspective. *Iran Journal of Nursing* 2009; 22(57): 19-30. [Persian]
14. Rostami H, Ghahramanian A, Golchin M. Educational needs of myocardial infarction patients. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2011; 9(3): 157-164. [Persian]
15. Galarce EM, Ramanadhan Sh, Weeks J, Schneider EC, Gray SW, Viswanath K. Patient Perception, Preference and Participation: Class, race, ethnicity and information needs in post-treatment cancer patients, *Patient Education and Counseling* .2011; 85: 432-439
16. Ivarsson B, Larsson S, Lührs C, Sjöberg T. Patients perceptions of information about risks at cardiac surgery. *Patient Education and Counseling* 2007; 67: 32-38
17. Anker AE, Reinhart AM, Feeley ThH. Health information seeking: A review of measures and methods. *Patient Education and Counseling*. 2011; 82: 346-354
18. Longo DR, Schubert SL, Wright BA, LeMaster J, Williams CD, Clore JN. Health information seeking, receipt, and use in diabetes self-management. *Annals of Family Medicine*. 2010; 8(4): 334-340.
19. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
20. Shafipour V, Mohamadi E, Ahmadi F. The Perception of Cardiac Surgery Patients on Comfortable

- Resources: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2012; 1(2): 123-134.
21. Pope C. van Royen P. Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Quality & Safety in Health Care* 2002; 11(2) 148-52.
22. Lincoln Y, Guda E. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1985.
23. Wolff S L, Massett A H, Weber D, Mockenhaupt E R, Hassmiller S, Maibach W E. Opportunities and barriers to disease prevention counseling in the primary care setting: a multisite qualitative study with US health consumers. *Health Promotion International* 2010; 25(3): 265-276
24. Agard A, Hermeren G, Herlitz J. When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients' knowledge of and attitudes toward medical information. *HEART & LUNG* 2004; 33(4): 219-26
25. Howie-Esquivel J, Dracup K. Communication with hospitalized heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2011; 11(2): 216–222
26. St. Jean B L. Information behavior of diagnosed with a chronic serious health condition: A longitudinal study. PhD Dissertation. University of Michigan 2012:13-196.
27. Sarkar U, Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Napoles A, Karliner L, Perez –Stable E J. Patient–physicians' information exchange in outpatient cardiac care: Time for a heart to heart?, *Patient Education and Counseling* 2011; 85: 173-179
28. Alavi1 M , Irajpour A, Abedi H, Rabiee K, Karimi5 M, Sarrafzadegan N. Concept of the quality of the educational services in cardiac rehabilitation. *Iranian journal of nursing research* 2011: 6(20); 6-16. [Persian]
29. Auyeung V, Patel C, McRobbie D, Weinman J, Davies G. Information about medicines to cardiac in-patients: Patient satisfaction alongside the role perceptions and practices of doctors, nurses and pharmacists. *Patient Education and Counseling*. 2011; 83: 360–366.
30. Shafipour V, Najaf Yarandi A. A comparative study of the educational needs of hospital discharge of patients who have undergone coronary artery bypass surgery (CABG) at Tehran hospitals. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 1385; 16 (55):145-151. [Persian]

Information needs of patients with cardiovascular disease in health information seeking process: A qualitative study

Gholami¹ M (MSc.) - Fallahi Khoshknab² M (Ph.D) - Seyed Bagher Madah³ S (Ph.D) - Ahmadi⁴ F (Ph.D) - Khankeh⁵ HR (Ph.D) - Naderi⁶ N (MD).

Introduction: Seeking health information is of salient importance in management of cardiovascular diseases (CVDs). The present study aimed to explore and reveal the information needs of patients with cardiovascular diseases when seeking healthcare information. Our data sources were patients', family caregivers' and healthcare providers' experiences.

Method: In a qualitative research approach, content analysis method was used. There were 31 participants comprising 16 cardiovascular patients, 5 family caregivers, and 10 healthcare providers. Required data were gathered through semi-structured interviews and purposeful sampling, and continued until data saturation. Analysis of data was performed concurrently with data collection and through a comparative method.

Results: Four central themes including disease-related, healthcare-related, health system-related and life-related information needs emerged out of content analysis.

Conclusion: The results showed that information seeking in patients with cardiovascular diseases is holistic and is beyond physical health and the disease. Some of the important findings of this study are seeking information about prognosis, role playing, mental and sexual health, healthcare system performance, modern medicine, Islamic and traditional medicine. Therefore, providing information through various modes of communication for meeting patient needs, having their participation in decisions for treatment, and optimal management of life is necessary.

Key words: Health information seeking, information need, cardiovascular disease

Received: 6 August 2013

Accepted: 13 December 2013

¹. PhD Student of nursing, Nursing department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran

². Corresponding author: Associate Professor, Ph.D. of Nursing, Nursing department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran
e-mail: fallahi@uswr.ac.ir

³. Assistant Professor, Ph.D. of Nursing, Nursing department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran

⁴. Professor, Ph.D. of Nursing, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁵. Associate Professor, Ph.D. of Nursing, Nursing department at USWR, Tehran, Iran & Department of Clinical Science and Education, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

⁶. Assistant Professor, cardiologist, fellow ship in heart failure and transplantation, Cardiac Electrophysiology Research Center, Rajaei cardiovascular medical and research center, Iran University of medical sciences, Tehran, Iran

- Comparison of the effect of two types of short message service (interactive and non-interactive) on anticoagulant adherence of patients with prosthetic heart valves.....11

Sedri N (B.Sc) - Asadi Noughabi AA (MSc.) - Zolfaghari M (Ph.D) - Haghani H (MSc.) - Tavan A (B.Sc).

- The effect of dietary regimen education on the laboratory variables in hemodialysis patients ..22
Ebrahimi H (Ph.D) - Sadeghi M (MSc.).

- The effect of nutrition training on food diet adherence in non-dialysis chronic kidney patients32
Pourshaban M (MSc.) - Parsayekta Z (Ph.D) - Gholamnezhad M (MSc.) - Peyravi H (Ph.D).

- Information needs of patients with cardiovascular disease in health information seeking process: A qualitative study49

Gholami M (MSc.) - Fallahi Khoshknab M (Ph.D) - Seyed Bagher Madah S (Ph.D) - Ahmadi F (Ph.D) - Khankeh HR (Ph.D) - Naderi N (MD).

- Internet addiction and its related factors among nursing students in Tehran University of Medical Sciences in 2013.....62

Kiany T (MSc.) - Fallahi Khoshknab M (Ph.D) - Dalvandi A (Ph.D) - Hosaini MA (Ph.D) - Nourozi K (Ph.D).

- Determination of the reliability and validity of the Persian version of nurses' self-concept questionnaire (NSCQ)71

Badiyepymaye Jahromi Z (MSc.) - Keshavarzi S (Ph.D) - Jahanbin I (MSc.).

- Nursing students' views on problems in clinical education in the pediatric ward in Bushehr University of Medical Sciences.....79

Jahanpour F (Ph.D) - Zarei A (B.Sc) - Ravanipour M (Ph.D) - Razazan N (B.Sc) - Hoseini S (B.Sc).

- Self-Directed learning readiness in baccalaureate nursing students in different academic years and its relationship with anxiety and self-esteem89

Izadi A (Ph.D) - Barkhordari M (MSc.) - Shojai Z (B.Sc Student) - Zaheri M (B.Sc Student).